106.- Anciana que llevan sus vecinos a Urgencias porque la ven algo atontada y con manchas de deposición enla ropa. TA 100/60 mmHg, FC 100 lpm, sentada 70/30, FC 105 lpm. PVY normal. Respiración de Kussmaul. No focalidad neurológica. Peso de 50 kgrs. Lab: PH 7.25, PCO2 14, Bicarbonato 5, Na 133, K 2.5, Cl 118, Creat 3.4, NUS 60, Prot 8. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?

1.- El trastorno ácido-base que presenta es una acidosis respiratoria.

2.- La compensación para corregir la acidosis no es la adecuada.

3.- Con esta exploración, descartamos que esté deshidratada.

4.- En ningún caso, debemos ponerle bicarbonato.

**5.- Tiene una insuficiencia renal aguda de causa prerrenal.**

Estamos ante un caso de acidosis metabólica hiperclorémica con anión gap normal. La acidosis metabólica grave causa depresión contráctil del miocardio, reducción de la efectividad de las catecolaminas, mayor incidencia de arritmias, vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar, con la consiguiente reducción de flujo tisular, a nivel cerebral (que lleva a estados de confusión e , incluso, coma), a nivel renal, a nivel hepático…Es frecuente que estos pacientes presenten una taquipnea intensa (respiración de Kussmaul) en un intento de compensar la ACM mediante hiperventilación. Tenemos que tener en cuenta que, en este caso, el potasio está disminuido, por lo que la causa más frecuente (apoyada por las manchas del vestido) sería la diarrea, con lo que lo más probable es que su insuficiencia renal (a pesar de que no nos dan datos de iones en orina para poder confirmarlo)sea de tipo prerrenal. El tratamiento sería la reposición hidroelectrolítica y, en principio, salvo en el caso de que la paciente empeorase y el PH fuera menor de 7.10, no deberíamos administrar bicarbonato Con lo que la respuesta correcta es la 5.

111.- Un paciente varón de 45 años de edad con antecedentes de litiasis úrica con cólicos nefríticos expulsivos de repetición desde hace 25 años, acude a Urgencias refiriendo palpitaciones y dolor lumbar derecho intenso desde hace 2 horas antes. El análisis de orina muestra un PH de 5.5 y leucocituria sin proteinuria. El electrocardiograma confirma una FA no conocida previamente. En la bioquímica sanguínea destaca una Creat de 0.9, un Ca de 11 y una LDH de 950. ¿Cuál es la maniobra diagnóstica más útil a realizar?

1.- Radiografía simple de abdomen

2.- Urografía intravenosa

**3.- TC espiral con contraste**

4.- Ecografía abdominal

5.- Ecografía doppler

En principio, lo que nos cuenta no cuaja con un cólico nefrítico. La orina es normal (sin hematuria, ocasionada por la litiasis al progresar), la Creat es normal (puede elevarse hasta 1.9 en cólicos nefríticos). El aumento de la LDH es inespecífico y lo podemos encontrar tanto en lesiones parenquimatosas hepáticas, como en IAM o en embolias pulmonares, además de en otros muchos casos menos frecuentes (tumores, miopatías, etc). En este caso, tenemos un factor de riesgo importante de embolismo, que es la fibrilación auricular, que, además, al ser un varón de 45 años, sin antecedentes, parece que no responde a una cardiopatía estructural de base unido a un dolor lumbar derecho, que podría corresponder a una irritación de la pleura a nivel . El TC espiral con contraste ha adquirido gran valor en el diagnóstico del TEP, debido a su rapidez y buena sensibilidad, superior al 83 - 92% en la mayor parte de los trabajos, y que según algunos puede llegar al 100% para trombos centrales, situados en arterias pulmonares principales, lobares o segmentarias. Su especificidad es mayor del 90%. Los ganglios pueden producir falsos positivos. Además puede proporcionar un diagnóstico alternativo en caso de no confirmarse el TEP, por lo que sería una prueba muy útil. El eco-doppler sería la prueba más útil para diagnosticar la fuente de los émbolos, así que también podría ser una respuesta válida dependiendo de lo que quieran decir con “útil”. Es una técnica no invasiva que ha demostrado su buena sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la TVP en comparación con la flebografía. Además permite diagnosticar otras patologías que podrían justificar la clínica del paciente. Sus limitaciones son la valoración de trombos infrapoplíteos y, en muchos casos, en pacientes que no son delgados, de las venas ilíacas y cava.

115.- La sepsis grave se define como la sepsis que presenta uno o más signos de disfunción de órganos. Entre los siguientes señale el incorrecto:

1. Hipotensión

2. Oliguria (diuresis < 0.5 mlit/kgr)

**3. Niveles plasmáticos elevados de proteína C reactiva o procalcitonina**

4. Hipoxemia con PaO2/FiO2 < 250

5. Hiperlactacidemia

La Surviving Sepsis Campaign define la sepsis grave como sepsis asociada a una de las siguientes:

* Hipotensión
* Hipoperfusión (lactato > 3 mmol/mlit)
* Disfunción orgánica aguda:
  + Hipoxemia con PaO2/FiO2 < 300
  + Oliguria (diuresis menor de 0.5 mlit/kgr/h durante al menos 2 horas)
  + Creat incremento > 0.5 mgrs/dlit o valor de > 2 mgrs/dlit
  + Trastorno de la coagulación (INR > 1.5 o TTPa > 60 segundos)
  + Trombocitopenia < 100000/mm3
  + Hiperbilirrubinemia (bilirrubina > 2 mgrs/dlit)

Por lo tanto, la respuesta incorrecta es la 3, signo que es muy inespecífico.

123.- Un hombre de 64 años de edad con antecedentes de HTA y cardiopatía isquémica acude a Urgencias por aparición de dolor torácico opresivo mientras veía la televisión. En la consulta de clasificación (triage) de Urgencias, se detectan cifras de T. art de 155/95 mmHg y una saturación capilar de O2 de 95% ¿Cuál es la conducta más correcta de las que a continuación se citan?

1. Indicarle que vaya a la sala de espera. Le avisarán para realización de pruebas.

2. Este paciente debe ser atendido en el box de emergencia vital (cuarto de shock)

3. Avisaremos al cardiólogo de guardia para la valoración del paciente

4. Desde la consulta de Triage se le remitirá a la Unidad coronaria

**5. Le haremos un ECG en menos de 10 minutos.**

Si el ECG tiene cambios isquémicos, evidentemente, le atenderemos en el box de emergencia y avisaremos al cardiólogo. Si no, se le tratará como si fuera una angina y se observará, seriando enzimas y con tratamiento en el área de observación.

124.-La hija de una anciana de 82 años nos consulta porque ha encontrado a su madre más confusa de lo normal. La paciente está diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en grado moderado. Tiene además FA, depresión y artrosis. Su tratamiento estable desde hace 3 años, incluye digoxina, acenocumarol, fluoxetina desde hace 4 meses e ibuprofeno desde hace un mes por dolores articulares. A la exploración, su tensión es de 130/80, frecuencia cardiaca de 48 lpm y respiratoria de 10 rpm. ¿Cuál de los siguientes es la causa más probable del aumento de confusión?

1. Progresión del Alzheimer
2. Empeoramiento de la depresión
3. **Intoxicación digitálica**
4. Demencia por cuerpos de Lewy
5. Toxicidad por ibuprofeno.

La causa más probable es una intoxicación digitálica, que produciría ese enlentecimiento de la conducción, que se ve en la frecuencia cardíaca. Probablemente secundario a una insuficiencia renal por toxicidad con ibuprofeno (pero esto ya es rizar el rizo).

125.- El psiquiatra de interconsulta acude a examinar a un paciente de Cardiología que rechaza un tratamiento que el facultativo a cargo del caso considera indicado e insustituible. Tras la exploración, no se objetiva patología psiquiátrica alguna, el paciente comprende la información que se le ha aportado, los posibles beneficios y riesgos del tratamiento (incluido el fallecimiento) y sopesa adecuada y racionalmente esta información, pero se mantiene firme en su decisión. El psiquiatra concluye que el enfermo está capacitado para la toma de decisiones en el ámbito de la atención sanitaria. La enfermedad que presenta el paciente, que se niega a firmar el alta voluntaria, no es infecciosa ni representa ningún riesgo para terceros. ¿Cuál es la decisión más adecuada a tomar?

1. Ingreso en Psiquiatría para trabajar la negación y la rabia inherentes a su proceso.

2. Solicitar la intervención de familiares que autoricen la intervención.

**3. Alta hospitalaria**

4. Incapacitación civil

5. Informar al juez con el fin de que ordene tratamiento.

El paciente es muy dueño de tomar la decisión de no tratarse, en cuyo caso, lo lógico sería darle el alta y que se vaya a casa, con tratamientos alternativos, si existieran o control de síntomas en su defecto.

Y, por cierto, lo que tiene que aguantar el psiquiatra de guardia…

209.- Conociendo la función de las estructuras relacionadas con la percepción del dolor y asumiendo que la estimulación eléctrica puede bloquear la transmisión del dolor, ¿qué estructura no debería ser estimulada eléctricamente para el tratamiento del dolor?

1. **Corteza sensorial primaria**
2. Núcleos intralaminares del tálamo
3. Sustancia gris periacueductal
4. Columnas dorsales de la médula espinal
5. Estimulación eléctrica transcutánea de aferencias primarias de bajo umbral

La pregunta tiene miga. La he contestado por descarte. En la sustancia gris periacueductal se encuentra un sistema endógeno de control del dolor en la región del acueducto cerebral. La implantación de un electrodo a este nivel pude producir una diplopía ligera, pero transitoria. La estimulación del tálamo sensitivo es complementaria a la anterior y se usa en situaciones de dolor nociceptivo crónico intenso y dolor mixto. Se cree que el complejo ventrobasal del tálamo inhibe a neuronas del tracto espinotalámico en el asta dorsal de la médula. De la misma forma, los cordones posteriores de la médula son estimulados eléctricamente para tratar el dolor crónico en múltiples enfermedades (entre ellas, el dolor cerebral postictus). Y, por último, el TENS se usa habitualmente en las consultas de Dolor crónico. Por lo que creo que la respuesta correcta es la 1.